

Contribution à l'étude
des déterminations tardives de la syphilis
sur les veines
et particulièrement les veines des membres inférieurs :
phlébites profondes, phlébites tronculaires externes,
phlébites syphilitiques tardives du type dit variqueux

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Décembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston ADRIAN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 11 Mai 1905 à BELFORT (Haut-Rhin)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

Contribution à l'étude
des DÉTERMINATIONS TARDIVES de la SYPHILIS
sur les VEINES
et particulièrement les veines des membres inférieurs :
phlébites profondes, phlébites tronculaires externes,
phlébites syphilitiques tardives du type dit variqueux



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'étude
des déterminations tardives de la syphilis
sur les veines
et particulièrement les veines des membres inférieurs :
phlébites profondes, phlébites tronculaires externes,
phlébites syphilitiques tardives du type dit variqueux

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Décembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston ADRIAN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 11 Mai 1905 à BELFORT (Haut-Rhin)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie Interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	FAVRE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PATEL
Médecine légale	ARLOING (F.)
Hygiène	Etienne MARTIN
Thérapeutique	COURMONT (P)
Pharmacie et Pharmacologie	SAVY
Hydrologie thérapeutique et climatologie	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. FAVRE, *président* ; J.-F. MARTIN, *assesseur* ;
GATÉ et DECHAUME, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Nous lui devons ce que nous sommes. Cela, nous ne l'oublierons jamais. Sa vie toute de labeur et de sacrifice, ne peut trouver sa récompense que dans l'amour profond dont nous l'entourons. Son dévouement sans limite, exige de nous, en retour, les plus belles qualités de cœur.. Nous ne faillirons pas à ce devoir de reconnaissance infinie.

A MON PÈRE

Lieutenant-colonel aviateur

Dans la carrière que nous nous sommes choisi, nous nous efforcerons de suivre le chemin du devoir et de l'honneur qu'Il nous a tracé, et nous nous inspirerons de ses belles qualités d'homme et de soldat.

A MA SŒUR

Enfants, nous partageons les mêmes jeux. Plus tard, nous avons connu les mêmes joies, les même peines aussi. Puisseions-nous toujours ainsi marcher ensemble, la main dans la main, dans le chemin de la vie.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

Professeur d'Anatomie pathologique

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a inspiré le sujet de notre travail, et nous a patiemment guidé, ne nous ménageant ni son temps ni sa peine. Nous le remercions de sa bienveillante sollicitude à notre égard et des excellents conseils pratiques qu'Il nous a prodigués au lit du malade, conseils dont nous nous efforcerons de tirer profit. C'est un très grand honneur qu'Il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous le prions de croire à notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX DE LYON

A MES MAITRES DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ

MILITAIRE

Avant-Propos

Avant d'entreprendre la rédaction de ce modeste travail qui mettra fin à notre scolarité médicale, il nous reste un agréable devoir à remplir ; c'est celui de remercier les maîtres qui nous ont instruit.

Nous rendons hommage à tous nos professeurs de la Faculté de Lyon et de l'Ecole du Service de Santé militaire.

Nous témoignons tout particulièrement notre reconnaissance à M. le Professeur Favre dont nous avons eu l'honneur de fréquenter le service et d'apprécier les conseils de haute valeur qu'il nous a donnés au lit du malade. Il a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous a patiemment guidé dans notre travail. Nous le remercions de tout l'intérêt qu'il nous a porté et de sa bienveillante sollicitude à notre égard.

Contribution à l'étude
des DÉTERMINATIONS TARDIVES de la SYPHILIS
sur les VEINES
et particulièrement les veines des membres inférieurs :
phlébites profondes, phlébites tronculaires externes,
phlébites syphilitiques tardives du type dit variqueux

Introduction

Le 23 janvier 1930, entrant dans le service de M. le Professeur Favre, salle Détroyat, un homme de 52 ans, porteur d'une phlébite double, surtout marquée du côté du membre inférieur gauche. Cette phlébite présentait des caractères un peu particuliers.

Elle avait débuté une quinzaine de jours auparavant par une sensation de lourdeur dans les jambes. Le malade constatait qu'en marchant ou en faisant de la bicyclette, il éprouvait une sensation de gêne et de lassitude précoce ; gêne et lassitude qui, en quelques jours, font place à une enflure de tout le membre inférieur droit d'abord ; puis, c'est au tour du membre inférieur gauche de présenter bientôt les mêmes phénomènes avec accompagnement de douleurs assez vives. L'incapacité fonctionnelle, limitée à une simple gêne dans les premiers temps, s'accroît bientôt et

c'est avec une impotence assez marquée que nous voyons le malade à l'hôpital.

Celui-ci se présente avec un léger œdème des deux membres inférieurs ; œdème appréciable surtout du côté gauche où le mollet est infiltré, tendu, et la cuisse lourde, chargée, élargie dans ses dimensions. Symptômes identiques, mais plus atténués du côté droit. Quant aux phénomènes subjectifs, ils sont assez restreints : sensation de lourdeur, impotence fonctionnelle assez marquée, évolution peu douloureuse. La palpation ne permet pas de sentir de cordons, ni d'un côté ni de l'autre.

Au premier abord, l'examen ne permet de déceler aucune cause étiologique nette. Le malade ne présente ou n'a présenté aucune des affections qui sont d'ordinaire à l'origine des phlébites. Cependant, une étude plus approfondie révèle un fait des plus importants : alors que le testicule droit présente des caractéristiques normales, le testicule gauche est singulièrement atrophié et réduit au volume d'une forte amande. De plus, la peau des bourses au niveau de ce testicule partiellement fondu, offre à considérer plusieurs cicatrices d'anciens accidents ulcéreux. Ce sont des cicatrices déprimées, aux bords indurés, correspondant certainement à d'anciennes fistules à foyer testiculaire antérieur. L'attention du Professeur Favre est de suite attirée par le caractère si particulier de ces lésions génitales, auxquelles il n'hésite pas à reconnaître une nature syphilitique. Aussi, c'est vers une étiologie spécifique que va être orienté le traitement, dont nous

verrons l'efficacité et les résultats remarquables relatés dans l'observation I.

C'est à propos de ce malade qu'il a paru à M. le Professeur Favre qu'une étude de la question des phlébites syphilitiques ne pouvait être sans intérêt. Il a bien voulu nous en charger. Peut-être avons-nous trop présumé de nos forces, et cette œuvre n'est-elle digne ni du maître qui l'a inspirée ni de l'idéal que nous nous étions fait. Que l'on veuille bien nous en excuser. Peut-être ce travail ne sera-t-il pas sans intérêt : c'est dans cet espoir que nous nous y sommes attaché.

En effet, outre l'intérêt que peut présenter une étude sur la phlébite tardive imparfaitement connue encore, les observations que nous présentons nous ont permis de faire une remarque d'une importance non douteuse : parmi 9 phlébites tardives probantes, nous trouvons 4 phlébites dites variqueuses. C'est sur ce point particulier de la nature syphilitique de certaines phlébites variqueuses que nous insisterons avant tout, car là réside, croyons-nous, l'intérêt principal de notre travail.

Plan d'étude

Le plan d'étude que nous nous sommes proposé est le suivant :

Après avoir donné, dans un historique rapide, une vue d'ensemble sur les phlébites syphilitiques en général, et montré l'importance d'une étude sur la phlé-

bite tardive en raison du nombre très restreint de travaux consacrés à cette question, nous dresserons un exposé de son état actuel tel que le conçoivent les auteurs ; ensuite, nous exposerons notre point de vue d'après nos observations.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Si on compare les altérations veineuses au cours de la syphilis aux altérations artérielles, on constate qu'elles sont jusqu'ici relativement rares ; rareté difficile à expliquer d'ailleurs, puisque les veines aux parois plus friables et dans lesquelles le cours du sang se trouve être ralenti, semblent présenter toutes les conditions favorables à la fixation et à la pullulation du germe syphilitique. A vrai dire, peut-être cela tient-il au fait que dans l'étude d'un organisme imprégné par la syphilis, le médecin ne prête souvent que peu d'attention à l'examen des veines, alors qu'il fait passer au tout premier plan l'observation minutieuse du système artériel. Toujours est-il que cette rareté relative des altérations veineuses au cours de la syphilis explique pourquoi la notion de phlébite syphilitique est de date assez récente. Non pas que les lésions veineuses dans le cours de cette maladie n'aient pas été observées depuis longtemps déjà. En effet, Virchow en fait une

bonne description anatomo-pathologique en 1859 ; puis c'est Lancereaux, en 1866, dans son « Traité de la syphilis », et Cornil dans ses « leçons sur la syphilis » en 1879. L'intérêt actuel de ces études est assez restreint. Mais il est à noter que jusque-là il n'est fait mention nulle part des phlébites syphilitiques à proprement parler, à quelque période de la maladie qu'elles puissent appartenir.

Il semble que le premier cas rapporté de phlébite syphilitique secondaire soit dû à Girwood, en 1861. Cette observation, publiée en Angleterre, est suivie assez longtemps après de celles de Greenhow en 1882, de Breda en 1889, de Mauriac en 1890, de Handford en 1892. Cette dernière observation précède de très peu le célèbre « Mémoire » de Mendel paru en 1894. Ce Mémoire constitue bien le premier rapport intéressant sur la question, et prépare une ère nouvelle en répandant la notion de phlébite syphilitique, notion acquise désormais.

Par la suite, c'est une succession de travaux sur la question. En 1898, paraît la thèse de Heuzard intitulée « De la phlébite syphilitique secondaire et tertiaire ». Fournier, dans son « Traité de la syphilis », en 1898, consacre un long article à la phlébite syphilitique secondaire. L'année suivante, c'est la thèse de Bondesio, puis, en 1901, celle de Collinot. Ces deux auteurs ont eu en vue la seule phlébite syphilitique secondaire. Dans la thèse de Collinot, 28 cas seulement sont rapportés, en remontant jusqu'aux origines. La même année, Vaquez écrit un article consacré uniquement à la question de la phlébite tertiaire ; cet article paraît

dans le « Traité de la syphilis » de Fournier. En 1902, Oettinger consacre une leçon clinique à l'étude des phlébites syphilitiques secondaires. Puis, Andry et Constantin, de Toulouse, présentent un cas de phlébite syphilitique de la veine poplitée ayant évolué sous la forme « phlegmatia alba dolens ». Au Congrès de Boulogne-sur-Mer, Le Noir rapporte deux cas de phlébite spécifique secondaire ; ce sont ensuite Renault et Roussy, Gaucher et Chiray, qui en rapportent chacun un cas en 1903. Une étude détaillée et très approfondie de la question, résumant tous les travaux parus, est présentée par Roussy dans une revue générale publiée en 1903. Roussy établit une mise au point si parfaite de cette question des phlébites syphilitiques secondaires, que depuis cette date, peu de faits vraiment intéressants ont été apportés à la contribution de cette étude. Citons cependant Dieulafoy qui, dans son « Manuel de Pathologie interne », en 1911, analyse brièvement, de nouveau le sujet. F. Widal, Bezançon et Marcel Labbé font de même dans le « Nouveau traité de médecine et thérapeutique » de Brouardel et Gilbert. Enfin dans le « Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée » de Sergent, paru en 1921, on trouve encore un exposé bref de la question qui nous occupe. Plus intéressants sont les cas de phlébite syphilitique rapportés récemment, l'un par L. Lafourcade en 1926, l'autre par Torlais en 1927. Pour terminer, mentionnons les travaux de ces toutes dernières années : ceux de Morrow sur les « Phlébites aiguës syphilitiques » (Chicago, mars 1928), et de Santiago Grezzi qui a écrit un travail intitulé « las flebitis sífilíticas » dans la *Revue d'Amérique latine*, de décembre 1928.

De cette rapide esquisse historique relative aux phlébites en général, nous allons pouvoir tirer quelques enseignements. Nous voyons, en effet, que la majorité des cas rapportés ont trait à la période secondaire de la syphilis. Par suite, les auteurs ont étudié particulièrement cette forme, et les travaux d'ensemble anciens ou contemporains, concernent presque exclusivement la phlébite secondaire, désormais suffisamment connue pour qu'il soit utile d'y insister de nouveau. Par contre, la question de la phlébite tardive a été laissée un peu dans l'ombre. Dans toute la littérature on ne peut rassembler sur ce sujet que les observations réunies par Proksch et dont parle Vaquez, auxquelles il convient d'ajouter les deux observations classiques mais plus anciennes de Langenbeck, et enfin les sept cas rapportés dans la thèse de Heuzard. L'article de Vaquez, dans le « Traité de la syphilis » de Fournier, nous paraît constituer l'étude la plus précise et la plus complète entreprise jusqu'à ce jour. Notons pour terminer l'observation récente que nous publions de MM. G. Etienne, P. Gerbault et Girard, parue dans le *Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie* en 1927.

CHAPITRE II

La phlébite syphilitique tardive

Sa connaissance

Revue d'ensemble de la question

Une particularité qui n'a pas manqué de frapper les quelques auteurs qui ont étudié cette question, est la relation existant entre la gravité de la syphilis et l'apparition de la phlébite. Relation qui leur a fait dire qu'un facteur important de l'étiologie de l'affection est celui qui se rapporte à la syphilis du malade lui-même. Ainsi l'apparition de la phlébite est-elle considérée par elle-même comme un signe de malignité de la syphilis. Cette notion n'est pas pour nous surprendre étant donné le caractère de gravité particulière prêté à la syphilis toutes les fois qu'elle attaque un organe profond, important, un vaisseau par exemple. Mais nous avons cru utile de rappeler ce fait devant le souci de certains auteurs à le mettre en pleine lumière. Ce

point élucidé, voyons l'étude que l'on a faite jusqu'à présent, de la phlébite tardive.

Pour certains, tel Mendel, la phlébite tardive n'est pas une phlébite véritable au même titre que celle de la période secondaire : ce ne peut être, dit-il, qu'une gomme veineuse. C'est en effet sous cet aspect anatomique macroscopique que la phlébite tertiaire a été longtemps envisagée. Pendant de très nombreuses années, on s'en tient aux seules observations de Langenbeck, dans lesquelles les lésions veineuses syphilitiques se trouvent être des gommes qui ont leur point de départ, soit dans la gangue conjonctive périveineuse, soit dans la tunique externe du vaisseau. Ces lésions spécifiques affectent les veines profondes, jugulaire pour un cas, fémorale pour l'autre cas, et leur nature a été prouvée, disent les auteurs, par leur étude anatomopathologique.

A notre connaissance, Heuzard, dans sa thèse, est le premier qui ait signalé une modalité nouvelle dans la syphilis veineuse tardive : la phlébo-sclérose généralisée. Dans cette deuxième forme, dit-il, on observe soit la dilatation des veines, soit au contraire une sténose persistante de la lumière du vaisseau, dans laquelle le tableau symptomatique rappellerait beaucoup celui de la phlébite secondaire : douleur vive au début, peu de rougeur, œdème léger surtout marqué aux malléoles, cordon induré, moniliforme, douloureux à la pression, marche difficile, station debout pénible.

Reprenant ces deux formes : forme gommeuse et phlébo-sclérose ou forme inflammatoire, Vaquez, dans son article paru dans le « Traité de la syphilis » de

Fournier, dresse le tableau anatomique et clinique suivant de la phlébite tertiaire :

1) PHLÉBITE GOMMEUSE. — Les veines superficielles, les saphènes en particulier, sont peu souvent atteintes. La néoplasie s'attaque de préférence aux veines profondes, veines des membres, et surtout veines du cou, veines profondes du thorax et de l'abdomen, celles-ci paraissant le siège d'élection des néoplasies tertiaires : la veine porte est citée 23 fois dans la statistique de Proksch, de Vienne. La lumière du vaisseau est soit rétrécie, soit obstruée par la tumeur ou par un thrombus décoloré adhérent.

2) PHLÉBITE SCLÉREUSE. — Cette deuxième forme se rencontre surtout sur les veines profondes, en particulier la veine porte, les veines sus-hépatiques. Elle constitue toujours une manifestation localisée, et le plus souvent unique. La lumière du vaisseau est rétrécie, quelquefois obstruée, et ses parois sont épaissies. Qu'on ait affaire à une gomme ou à de la sclérose, la lésion principale est une périphlébite, l'endophlébite est inconstante et banale.

Le tableau clinique peut se résumer ainsi :

Dans les phlébites des veines superficielles, on trouve une tuméfaction allongée suivant l'axe du vaisseau, sans modification de la peau. Quelquefois s'y ajoutent des douleurs spontanées et de la gêne des mouvements. Dans les phlébites profondes des membres et du cou, les douleurs sont vives, avec leur siège au niveau de la néoplasie ; l'impotence fonctionnelle est absolue. Ensuite, apparaissent de l'œdème et une cir-

culatation collatérale. Quant aux phlébites des cavités viscérales, la symptomatologie est variable avec le siège de la lésion sur telle ou telle veine ; il n'y a pas de symptômes pathognomoniques.

Telle est la synthèse rapide des idées répandues jusqu'à ces dernières années sur ce chapitre important de la phlébite tardive. Quelques observations récentes, en particulier celle de MM. G. Etienne, P. Gerbault et Girard, qui date de 1927, ont jeté un jour nouveau sur la question. Ces auteurs à la suite de cette observation que nous reproduisons dans notre travail, ont pu dire en conclusion de leur étude que les phlébites syphilitiques paraissent être plus fréquentes qu'on ne le croit habituellement. Elles peuvent atteindre les veines superficielles, les saphènes très électivement, au même titre que les veines profondes, et présentent une symptomatologie s'écartant peu de celle des phlébites banales, sauf leur répétition et la multiplicité des foyers.

Cette mise au point établie, à notre tour nous allons présenter les observations que nous avons pu recueillir. En fin de quoi, nous en essayerons l'analyse, et nous nous efforcerons de tirer les enseignements qu'elles comportent.

Mais auparavant, il nous faut faire remarquer tout d'abord le peu de valeur des notions anatomo-pathologiques que nous possédons relativement à ces phlébites tardives. Notre maître, M. Favre, qui a fait depuis longtemps des lésions de la syphilis un de ses sujets d'études préférés, n'a jamais observé de phlébite gommeuse. Rien n'est plus variable, on le sait, que la défi-

nition de la gomme. Certains auteurs, ils sont nombreux, considèrent la gomme comme un amas de cellules inflammatoires. Nous trouvons encore dans les auteurs récents une semblable définition qui n'a aucune raison d'être admise. Les foyers inflammatoires avec accumulation de cellules lymphoïdes, de plasmocytes, d'éléments de la série conjonctive, n'ont aucune raison d'être qualifiés du nom de gommies. On ne songerait pas à les dire tels dans des inflammations d'autre nature où on peut tout aussi bien les rencontrer. Cette confusion de terme sur cette question de la syphilis veineuse, comme sur bien d'autres questions, ne manque pas d'être fâcheuse.

La phlébite syphilitique s'entoure très souvent d'un manchon épais de cellules inflammatoires. Notre maître a coutume de dire que l'artérite est sèche, et que ses lésions se font sentir à distance, alors que la phlébite est exsudative et crée autour d'elle un foyer inflammatoire qui diffuse dans les tissus ambiants.

Il y aurait lieu de revoir de très près la question des phlébites dites gommeuses, pour ne pas laisser persister dans la nomenclature et dans la science, une notion qu'il y a tout lieu de suspecter fort erronée.

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I

M. B... François, 52 ans, exerçant la profession de manœuvre. Entré à l'hôpital le 23 janvier 1930.

Comme *antécédents personnels*, cet homme a présenté une fièvre scarlatine et une fièvre typhoïde dans l'enfance. Il y a 6 ou 7 ans il a fait une chute d'échelle et est tombé sur un madrier se faisant de multiples écorchures au niveau des bourses, surtout à gauche. Une huitaine de jours après apparurent à ce niveau de gros boutons qui étaient le siège d'une démangeaison très vive. Le malade les écorcha, et c'est à cela qu'il attribue la suppuration qui suivit et persista plusieurs mois. Il nie toute maladie vénérienne. Rien à signaler dans les *antécédents héréditaires*. Cet homme est marié, sa femme a présenté deux fausses couches accidentelles et une spontanée. Il a deux enfants bien portants, une petite fille est morte à 52 jours de méningite.

Actuellement, le malade est porteur d'accidents, dont les plus importants sont de deux ordres :

- 1) *Accidents phlébitiques.*
- 2) *Accidents testiculaires.*

Depuis une quinzaine de jours il a éprouvé de la lourdeur dans les membres inférieurs, sans fortes douleurs. Il constatait qu'en marchant et en faisant de la bicyclette, il éprouvait une sensation de gêne, de lassitude précoce. Il remarque une enflure de tout le membre inférieur droit. Quelques jours plus tard, la jambe gauche se prend à son tour avec des douleurs assez vives. L'impotence devient plus complète et le malade entre à l'hôpital.

On constate que les deux membres inférieurs sont atteints : à droite, les lésions sont moins marquées ; le mollet est plus ferme que normalement, la cuisse est élargie, elle est gonflée surtout à sa partie interne où elle est envahie par un œdème rénitent où le doigt imprime un godet léger. La palpation est peu douloureuse. L'œdème et l'injection interstitielle sont plus marqués que les phénomènes fonctionnels ou la douleur. Lorsqu'on place la main le long du bord antéro-interne de la cuisse et qu'on soulève la partie interne de la cuisse, on a une sensation de lourdeur et de tension. Le membre inférieur a une très légère coloration lilacée.

A gauche, l'œdème de tout le membre inférieur est beaucoup plus apparent. Le mollet est infiltré, tendu ; un léger œdème s'étend sur le dos du pied, la cuisse est arrondie, chargée, lourde, infiltrée d'un gros œdème. Légère circulation collatérale, pas de cordon appréciable. Les accidents qui ont atteint le testicule et les organes génitaux sont particulièrement importants. Ils ne peuvent s'expliquer par le traumatisme seul qui a été relativement léger et qui n'a pas empêché le malade de reprendre son travail le lendemain. On constate aujourd'hui leurs séquelles sous la forme de cicatrices d'anciens accidents ulcéreux, les uns superficiels ayant laissé à la face inférieure de la verge des cicatrices à contours irréguliers, dépigmentés, les autres déprimés correspondant certainement à d'anciennes fistules. Le testicule gauche n'est plus représenté que par un moignon dur, collé contre l'orifice inférieur du canal inguinal, et qui a le volume d'une

forte amande. Cette atrophie testiculaire qui a laissé un moignon uniformément dur a évolué sans douleurs.

On fait les réactions de Wassermann et de Hecht qui se révèlent très positives.

En présence des caractères de nature syphilitique des accidents que présente le malade, et des réactions sérologiques, on institue un traitement par l'iodure, et trois semaines plus tard, le malade est complètement guéri. L'amélioration qui a commencé quelques jours après l'application de la médication, a suivi une marche rapide et progressive jusqu'à la guérison complète.

OBSERVATION II

Mme D... Marie, 62 ans, ménagère. Entrée à l'hôpital le 3 mars 1924.

La malade présente une phlébite bilatérale des membres inférieurs. L'affection actuelle semble avoir un début lointain. Depuis plusieurs années, la malade se plaignait d'une grande faiblesse des jambes, sans douleurs véritables ; elle était très lasse, et parfois le soir ses jambes étaient un peu enflées. Il y a un an, en février 1923, la malade éprouve une lassitude plus grande que jamais dans les jambes, une extrême et rapide faiblesse à la marche, une gêne de plus en plus marquée. Elle voit alors son docteur qui trouve, en dedans de la malléole interne à gauche, un cordon dur, infiltré, roulant sous le doigt ; le reste de la jambe est souple, bien qu'un peu œdématiée. L'autre jambe est intacte.

Après quelques jours de lit, la malade constate, sans avoir éprouvé la moindre douleur, que sa jambe gauche est uniformément infiltrée, et que la jambe droite est également prise. Elle se trouve désormais dans l'impossibilité de se servir de ses membres inférieurs. Depuis, elle garde le lit avec une impotence fonctionnelle des plus grandes.

A l'examen, les deux membres sont épaissis, déformés, infiltrés, de la racine de la cuisse jusque sur le dos du pied.

Ils sont accolés intimement l'un à l'autre, et se présentent sous la forme d'un énorme fuseau marqué par deux renflements, l'un au niveau du genou, l'autre au niveau des malléoles. Le membre tout entier est le siège d'une cellulite diffuse, uniformément dure à la jambe et à la cuisse, plus molle au niveau des articulations. Le membre est douloureux à la moindre palpation profonde. On ne sent pas de cordon veineux, on ne voit pas de circulation collatérale. L'impotence fonctionnelle est absolue, le talon ne parvient pas à se décoller du plan du lit. Seule est possible une légère flexion du genou, permettant à deux doigts de s'insinuer sous le creux poplité. L'écartement des jambes permet tout juste à un doigt de glisser à la partie moyenne de la cuisse.

Examen général négatif. Réaction de Wassermann négative.

Cette réaction a été pratiquée une seule fois.

Le mari de la malade est mort à 44 ans, d'ictus apoplectique. La malade n'a eu qu'une fille qui a présenté : 1° une kératite interstitielle dont l'origine hérédosyphilitique a été affirmée par l'oculiste qui l'a soignée ; 2° plus tard, elle a présenté un gros foie dur pour lequel on lui a donné de l'iodure.

Malgré la négativité des réactions sérologiques, la malade a été soumise au traitement anti-syphilitique qui, longtemps prolongé, a eu un effet admirable. Cette femme qui depuis 12 mois était condamnée au lit, et dont les membres inférieurs étaient énormes, a vu, peu à peu, disparaître les troubles dont elle était atteinte. L'infiltration a progressivement disparu. Après 6 mois de traitement, la malade pouvait se lever, et venir à l'Hôtel-Dieu, alors que pendant un an elle était si rigoureusement immobilisée, qu'aucun mouvement n'était possible, et qu'elle avait besoin de l'aide de plusieurs personnes pour être soulevée quand elle devait uriner ou aller à la

selle. L'énorme infiltration a laissé comme reliquat un œdème dur, limité aux jambes. L'amélioration fonctionnelle a été en tous points remarquable.

OBSERVATION III

(G. ETIENNE, P. GERBAULT et GIRARD.)

Bulletin de la Société de dermatologie et syphiligraphie

8 juillet 1927, page 696.

E... Bal..., âgé de 54 ans, aurait eu au régiment une hydarthrose post-traumatique, et des varices en 1896. Aurait été atteint d'une phlébite de la jambe droite en 1916, qui l'aurait immobilisé pendant 90 jours.

En 1917, il fait une nouvelle phlébite de la jambe droite pour laquelle il est traité durant 30 jours, puis réformé.

Le 21 février 1927, il est pris d'une douleur dans le mollet droit. Il apparaît rapidement un œdème du pied et de la jambe qui le force à interrompre son travail de magasinier, et qui, augmentant, l'oblige à entrer à la clinique.

A ce moment, le 25 février, on constate une phlegmatia alba dolens du membre inférieur droit avec rougeur de la peau et douleurs vives. On note quelques varices modérées. La température est de 38°8, puis elle descend en lysis jusqu'à 37°, le 1^{er} mars, chiffre autour duquel elle se maintient avec quelques petites oscillations, lesquelles remontent du 11 au 17 à 38°3, puis retombent à 37° jusqu'au 3 mai. Dans l'intervalle, à trois reprises, il s'est ouvert au tiers inférieur de la jambe trois foyers suppurés.

Le 3 juin, réapparition des douleurs à la face interne de la cuisse droite, avec réascension de la température vers 40°. La cuisse est douloureuse, chaude, indurée, avec retour d'une poussée phlébitique. Puis il s'établit une ulcération qui bientôt se recouvre d'une croûte de rupia très typique.

Il s'agit donc là d'une phlébite des veines profondes du membre inférieur, déjà antérieurement atteint de phlébites de la jambe à répétition. Et l'apparition d'un rupia très typique pose l'hypothèse d'une phlébite syphilitique. Malgré une réaction de Wassermann négative, cette hypothèse se fixe très nettement ici.

OBSERVATION IV

M. V.. François, 44 ans, ferblantier.

Rien à signaler dans les antécédents du malade.

Le malade présente à la jambe gauche des lésions très étendues de phlébite tronculaire, survenues brusquement il y a une dizaine de jours, et qui ont atteint un haut degré de développement. La saphène interne, sur tout son parcours, est thrombosée avec signes très accentués de périphlébite. On perçoit un gros cordon qui vient buter contre le pli de l'aîne, et s'accuse par des bosselures et des rougeurs tout le long de la face interne de la cuisse. Les indurations sont en certains points de la largeur de la paume de la main ; ailleurs le cordon est plus réduit, il a le volume du pouce environ. Au niveau du pli de flexion du genou, grosse saillie dont le volume est supérieur à celui d'un œuf de pigeon. Sur la jambe, les cordons veineux se poursuivent avec des saillies, des élargissements, comme à la cuisse. La rougeur et les phénomènes de périphlébite se voient tout le long de ce trajet phlébitique : téguments rouges, adhérents au cordon veineux. La périphlébite et la cellulite débordent très largement la veine enflammée. Une circulation collatérale très nette s'est établie tant à la cuisse qu'à la jambe ; elle est particulièrement manifeste sur la face antéro-externe de la jambe, dans son tiers moyen. Dans la région sus-malléolaire on trouve des placards inflammatoires aplatis, développés autour des veines et à la surface

desquels la peau a une coloration foncée, brun-violacée. Aucune adénite.

Examen général négatif.

Réaction de Wassermann positive.

Atténuation rapide puis disparition de cette thrombophlébite par le traitement spécifique.

OBSERVATION V

M. S... Joseph, 36 ans, employé au P.-L.-M. Entré à l'hôpital le 26 décembre 1925.

Le malade vient pour œdème et impotence fonctionnelle des membres inférieurs surtout marqués à droite. Il fait remonter l'origine de ces phénomènes à un accident qu'il aurait eu il y a un an : chute ayant provoqué un traumatisme de la hanche gauche et fracture du cotyle. Au moment où le malade quitte l'Hôtel-Dieu après traitement de ce traumatisme, on constate de l'enflure des deux jambes que l'on attribue au séjour prolongé au lit. Depuis lors, cette enflure a persisté, d'emblée plus marquée à droite (côté opposé au traumatisme). Peu après, apparaissent sur la peau des plaques violettes qui se sont développées à la face interne de la jambe droite, à sa partie moyenne. Peu à peu, ces placards s'étendirent pour former une plaque large comme la paume de la main, autour de laquelle on trouve des éléments plus petits, lenticulaires. A gauche, éruption semblable, mais beaucoup plus discrète.

Le membre inférieur droit montre un œdème généralisé surtout marqué entre le genou et le cou-de-pied, au niveau de la crête tibiale. En cette région, on détermine facilement le phénomène du godet. Au niveau de la face interne de la cuisse, on sent une masse empâtée, assez dure, en forme de cordon, et qui semble suivre le trajet de la saphène interne ; on retrouve encore ce large cordon au niveau du mollet. Le

long de tout ce trajet, la pression détermine une légère douleur. A gauche, mêmes constatations, mais plus discrètes. L'impotence fonctionnelle est de plus en plus marquée surtout à droite.

L'interrogatoire porté sur le passé du malade ne révèle rien de net, mais il existe des phénomènes concomitants des plus importants : adiposité anormale, testicule droit complètement atrophié sans que le malade ait eu d'orchite ou d'oreillons, parotides augmentées de volume et dures des deux côtés. Réaction de Wassermann négative.

Sous l'influence de la thérapeutique anti-syphilitique instituée dans le service (novarsénobenzol et cyanure), un mois après l'entrée du malade, on constate une amélioration extrêmement marquée de la jambe gauche que l'on peut considérer comme guérie. A droite, l'amélioration est aussi très considérable : l'œdème a fortement diminué, on ne perçoit plus de cordon, le mollet reste encore un peu gros et ferme. Les phénomènes fonctionnels se sont amendés parallèlement ; la jambe gauche est maintenant tout à fait libérée ; à droite elle reste encore un peu lourde.

OBSERVATION VI

Mme D... Marie, 66 ans, repasseuse. Entrée à l'hôpital le 10 janvier 1925.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Cette femme n'a eu ni enfant ni fausse couche. Vers l'âge de 25 ans sont apparues des varices des membres inférieurs ; ces varices se seraient souvent rompues, laissant à la place un ulcère à cicatrisation lente.

L'examen des jambes montre des lésions d'érythème pigmenté discrètes, mais typiques. A droite, dans la région malléolaire interne, on note des placards irréguliers, brunâtres ; au centre du plus grand de ces placards, zone plus claire jau-

nâtre, représentant la cicatrice d'une ulcération. La jambe est sillonnée de petits cordons veineux qui sont très visibles par leur saillie même, et par la pigmentation bistre qui souligne leur trajet. Il s'agit de petites veines dures, en tuyau de pipe, dont quelques-unes présentent sur leur trajet des successions de nouures et de dilatations. A gauche, présence d'un ulcère dans la région de la malléole externe, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, et reposant sur une large plaque de purpura. Dans la partie supérieure de la jambe droite, on voit partir un large trajet de phlébite le long de la saphène interne qui forme un large cordon aplati de près de 2 cm. de largeur en certains points.

L'induration phlébitique est extrêmement nette avec adhérence de la peau à sa surface. A gauche, mêmes phénomènes mais plus atténués. Cette large phlébite tronculaire qui ressemble trait pour trait aux phlébites dites variqueuses, achève de caractériser le syndrome veineux d'aspect polymorphe que la malade présente aux membres inférieurs.

L'examen général révèle une insuffisance aortique, traduite par un souffle diastolique bref, mais de siège rigoureusement classique. Tension artérielle : 16,5 sur 6. Pointe du cœur largement déviée en dehors. L'aorte est facilement sentie derrière le sternum.

Dissociation des réflexes achilléens et rotuliens : ceux-ci sont normaux, alors que l'achilléen gauche est très diminué, et l'achilléen droit aboli.

Signe d'Argyll Robertson.

Réaction de Wassermann positive.

En présence de ces constatations cliniques et des réactions sérologiques, on institue un traitement par le novarsénobenzol (1 série).

La malade, guérie, quitte le service 7 semaines après son entrée.

OBSERVATION VII

M. B... Pierre, 53 ans, ouvrier tisseur. Entré à l'hôpital le 12 novembre 1925.

Le malade entre à l'hôpital pour phlébite variqueuse. Il s'agit d'une thrombo-phlébite étendue de la saphène interne du côté gauche. Au niveau du pli de flexion de l'articulation du genou, la veine forme de grosses nodosités du volume d'un œuf de pigeon, rouges, adhérentes à la peau. Un peu plus bas, on trouve une masse plus étalée de 5 cm. de longueur sur 4 cm. de largeur avec rougeur et adhérence à la peau. Entre ces grosses masses, on constate des cordons irréguliers, durs, qui remontent jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. De plus, il existe un placard de dermite pigmentée et purpurique, en dehors de la malléole interne, apparu à 18 ans, et qui, depuis cette époque, a été souvent le siège de douleurs et d'ulcérations qui mettent fort longtemps à guérir. Au membre inférieur droit, on trouve des varicosités beaucoup plus petites, d'apparition plus récente, avec quelques nodosités disséminées.

C'est un homme de 53 ans, robuste ; il nie toute maladie vénérienne, sa femme n'a pas eu de fausses couches. Ce qui frappe au cours de l'examen général, ce sont des déformations craniennes : aplatissement de la région occipitale, saillie anormale des régions orbitaires ; grosse dépression sternale creusée d'au moins 4 cm. sur le plan costal voisin, avec un appendice xiphoïde très réduit. Les dents, malformées et petites, sont toutes tombées prématurément. Enfin, le malade est un arriéré mental.

Au cœur, on trouve un gros souffle diastolique, à maximum au niveau de l'appendice xiphoïde. Le cœur est gros, la tension est de 12 sur 4. Réaction de Wassermann négative.

On institue un traitement antisyphilitique intense (néosalvarsan et cyanure), et on voit survenir chez ce malade qui était au lit depuis quatre semaines, une sédation remarquable

de la périphlébite et des phénomènes douloureux. La rougeur disparaît, et en trois semaines, l'inflammation était suffisamment atténuée pour qu'on pût pratiquer l'exérèse chirurgicale des nodules phlébitiques les plus importants.

OBSERVATION VIII

Mme B... Maguerite, 63 ans, concierge. Entrée à l'hôpital le 21 juin 1923.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux.

Depuis 30 ans environ, la malade aurait des varices qui ne la faisaient pas souffrir et dont elle ne se souciait pas. Il y a trois semaines, elle a ressenti des fourmillements dans le mollet gauche, « des lancées comme si on la piquait avec des épingles ». La jambe gauche était le siège d'un œdème dur; la peau était chaude, tendue, douloureuse, et présentait une coloration rosée. Lorsque la malade posait le pied à terre, les phénomènes douloureux s'accroissaient considérablement.

Actuellement, on note à la face interne de la jambe gauche, au-dessus et au-dessous du genou, deux petites tuméfactions recouvertes par une peau rosée, et présentant des varicosités superficielles. La palpation les montre formées par de petites granulations soulevant de loin en loin un cordon dur étendu sur une longueur de 15 cm. environ, difficilement perceptible, et qui peut être suivi le long de la face interne de la jambe où il présente de place en place des nodules moins volumineux et moins douloureux. Le cordon veineux est entouré d'un tissu de cellulite dur, très épais. La douleur est très vive tant à la palpation que spontanément. On voit des phénomènes réactionnels d'œdème jusqu'au pli de l'aîne.

Du côté de l'examen général, rien à signaler.

La réaction de Wassermann est négative.

La malade a subi un traitement antisiphilitique (lactate de mercure, pilules de Dupuytren, iodure). Ce traitement a amené en 15 jours la guérison de tous les phénomènes.

OBSERVATION IX

M. C... Joseph, 56 ans, employé. Entré à l'hôpital le 23 novembre 1923.

Rien à signaler dans les antécédents.

Depuis 4 ans, le malade est porteur à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la jambe gauche et au niveau du tibia, d'une plaque de dermite brun-violet. Depuis 2 ans, des accidents semblables sont survenus à droite. Il y a quelque temps, à la suite d'un traumatisme insignifiant à la jambe droite, apparaissent un ulcère incicatrisable et des douleurs diffuses dans les deux membres inférieurs. On note à la jambe droite un placard pigmenté qui occupe toute la région moyenne de la face antérieure de la jambe ; il est occupé en son centre par un vaste placard purpurique entourant l'ulcère. A gauche, au niveau de la jambe, à l'union de son tiers inférieur et de son tiers moyen, ancien placard de dermite pigmentée semé çà et là de taches purpuriques nouvellement apparues. Des deux côtés, varices anciennes. Le malade avait depuis plusieurs années ces dilatations veineuses, lorsque est survenu après le traumatisme un gonflement plus marqué de ces veines et surtout des phénomènes de phlébite.

A l'entrée, le malade se plaignait d'une impotence douloureuse des deux membres inférieurs qui sont lourds, et dans la profondeur desquels le malade éprouve des sensations d'ébullition, de chaleur intérieure. Il peut difficilement soulever les jambes au-dessus du plan du lit. A gauche, la cuisse est élargie, étalée ; on ne perçoit pas de cordons indurés le long des veines, mais la prise des veines est certaine, attestée par la douleur diffuse à la pression même légère, par l'élargissement diffus de toute la cuisse, par un réseau collatéral superficiel

manifeste. Les phénomènes sont plus accentués du côté droit où l'on note même de l'œdème du dos du pied.

En somme, phlébite adhésive bilatérale chez un malade ayant présenté depuis plusieurs années, en même temps que des phénomènes de dermite purpurique et pigmentée des membres inférieurs, de l'induration veineuse accompagnée de dilatation.

Dans les jours qui suivent l'entrée, la douleur et l'impotence fonctionnelle ont encore augmenté, le malade est complètement immobilisé.

Examen général négatif, sauf réflexe achilléen droit plus faible qu'à gauche.

Réactions de Wassermann et Hecht très positives.

Un traitement antisyphilitique est institué, guérison très rapide ; le malade sort le 7 février 1924.

Ainsi que nous le relatons dans notre introduction, la lecture de nos observations, outre qu'elle met sous les yeux un certain nombre de syphilis veineuses tardives indéniables, ne manque pas d'attirer l'attention sur la forte proportion, parmi les cas présentés, de phlébites dites variqueuses. En effet, nous avons étudié 9 observations, et nous avons pu identifier 4 d'entre elles comme relevant du syndrome phlébite variqueuse. Cette remarque, du plus haut intérêt à notre point de vue, étant faite, nous allons faire une description de la phlébite tardive telle que nous l'ont révélée nos observations, en nous attachant surtout à bien distinguer et caractériser ses formes cliniques.

CHAPITRE IV

Etude clinique de la phlébite tardive syphilitique

1) ETIOLOGIE. — La phlébite syphilitique tardive se rencontre chez les adultes de 35 à 65 ans environ, et surtout chez les hommes. Comme causes prédisposantes, la notion de terrain semble devoir être considérée : défaut de résistance organique pour causes variables.

Les traumatisme (obs. V), le surmenage, les professions pénibles (tisseur, servante, ménagère) sont autant de conditions sur lesquelles il convient d'insister, et qui ont sans doute une part active dans l'éclosion de l'affection. On pourrait peut-être expliquer par là la plus grande fréquence de la maladie chez l'homme que chez la femme. Il en est de même, semble-t-il, de l'influence de certaines maladies aiguës anciennes, telles par exemple la scarlatine ou la typhoïde dans notre observation I.

2) SIÈGE DE LA LÉSION. — Les veines atteintes, d'après nos observations, sont exclusivement celles des membres inférieurs. Parmi elles, ce sont les veines

superficielles, saphènes internes, qui payent le plus lourd tribut à la maladie. Nous avons observé 3 cas d'atteinte des veines profondes du membre inférieur. Souvent, phlébites bilatérales, atteignant à la fois les deux membres inférieurs, 5 fois sur nos observations, l'atteinte se faisant ou successivement ou le plus souvent simultanément.

3) SYMPTOMES.

a) *Période du début.* — Quelquefois il semble que la phlébite puisse débiter brutalement avec douleur vive, sans prodrome ; cette modalité nous paraît être exceptionnelle. Dans la majorité des cas, elle s'installe insidieusement après avoir été précédée de prodromes plus ou moins bruyants qui font leur apparition quelques jours, quelques mois ou même plusieurs années avant l'attaque définitive. Ils consistent en sensation de pesanteur, de lourdeur, de fatigue, de fourmillements, et présence d'un léger œdème malléolaire à la fin de la journée ; tous symptômes en général non accompagnés de forte douleur.

b) *Période d'état.* — Signes physiques. — 1° Dans les cas de phlébite de la saphène interne : œdème léger des pieds le plus fréquemment, à apparition brutale très souvent ; mais pouvant se généraliser à la jambe toute entière. Cordon induré ou nodule, plus ou moins large, quelquefois sous forme d'une masse empâtée et dure, le long du trajet de la saphène interne. Parfois, traînée rougeâtre le long de la face interne de la cuisse avec phénomènes de périphlébite : placards inflammatoires développés autour des veines, téguments adhérents au cordon veineux.

Cette forme a souvent tendance à s'éterniser par extension de la lésion primitive et adjonction de foyers successifs.

2° Dans les cas de phlébite profonde : œdème généralisé, œdème blanc à forme phlegmatia alba dolens; quelquefois rougeur de la peau. Mollet ferme, infiltré; cuisse lourde, élargie, avec sensation de tension très nette, et parfois avec accompagnement de cellulite diffuse, uniformément dure. Pas de cordon veineux appréciable à la palpation.

Pas de température, ou fièvre très peu élevée. Notons cependant que dans le cas rapporté par G. Etienne, Gerbault et Girard, la température a oscillé entre 37° et 39°8, avec brusque élévation au moment de chaque poussée, puis baisse rapide sitôt l'attaque passée.

Signes fonctionnels. — Le plus souvent, la phlébite n'est pas très douloureuse spontanément, sauf dans certains cas d'atteinte des veines profondes. On révèle une douleur assez marquée à la palpation. Impotence fonctionnelle ordinairement partielle, souvent assez prononcée, rarement complète, sauf quand il s'agit d'une phlébite négligée (obs. II).

4) RÉCIDIVES. — Les récidives ne paraissent pas exceptionnelles, et atteignent les veines antérieurement touchées. Les crises peuvent se répéter à des intervalles de plusieurs années, ou au contraire elles sont beaucoup plus rapprochées, et on peut alors constater des poussées phlébitiques à répétition, en l'espace de quelques mois.

CHAPITRE V

Formes cliniques

Phlébites profondes Phlébites tronculaires périphériques

I. — PHLÉBITES PROFONDES.

Les phlébites tardives peuvent se présenter sous deux formes différentes :

Dans un premier cas, le réseau des veines profondes est intéressé. On ne perçoit à la palpation des veines superficielles aucune induration. Le malade est pris plus ou moins brusquement, soit d'un seul côté, soit des deux côtés, de douleurs bientôt suivies d'impotence fonctionnelle. On constate, après quelques jours, l'augmentation de volume plus ou moins considérable du membre, dû à un œdème qui, tantôt prédomine aux jambes, et tantôt, comme dans un de nos cas, peut être remarquablement développé à la cuisse tout particulièrement à la partie interne. Les douleurs, les

signes fonctionnels, l'absence de toute autre cause capable de les expliquer, font établir le diagnostic de phlébite.

Rien dans la symptomatologie de cette première variété de phlébite ne permet de soupçonner son origine syphilitique. Celle-ci ne peut être affirmée que par les commémoratifs, l'association des accidents phlébitiques avec d'autres manifestations typiques de la syphilis. Mais c'est surtout l'épreuve du traitement qui, par la rapide régression des symptômes, permet d'affirmer le diagnostic. Celui des troubles qui disparaît le premier est la douleur, et l'on est surpris d'entendre des malades qui se plaignaient de douleurs, de pesanteur très marquée des membres inférieurs, qui étaient incapables de soulever leurs membres au-dessus du plan du lit, accuser bientôt, peu après l'institution de la médication, un soulagement de plus en plus marqué. Parallèlement, l'œdème diminue, les infiltrats se résolvent, et certaines formes de ces phlébites qui s'annonçaient particulièrement sévères, tournent court, et guérissent avec une remarquable facilité.

Les accidents révélateurs qui peuvent conduire à soupçonner dans ces cas le rôle de la syphilis sont très variés : c'est, dans un de nos cas, l'existence d'ulcérations de la zone génitale, la constatation d'une atrophie testiculaire ayant succédé à une orchite indolore, qui ont permis d'établir un diagnostic bientôt confirmé par les réactions sérologiques et l'épreuve du traitement.

D'autres fois, c'est une lésion cardiaque, des perturbations significatives des réflexes. Mais encore une fois, une telle forme de phlébite n'a aucun caractère qui lui

soit propre. Elle ressemble aux phlébites communes que l'on voit après une foule d'autres infections. C'est par l'extérieur pourrait-on dire, et en dehors d'elle, que le diagnostic de sa nature peut être affirmé. De tels cas sont cependant très importants au point de vue doctrinal. Ils nous prouvent qu'en présence d'une phlébite survenue sans cause nette chez un malade, sans qu'il y ait eu, avant le début des accidents phlébitiques, une infection aiguë, il faut désormais, parmi les hypothèses que l'on peut faire touchant l'origine de cette phlébite, faire une place à l'étiologie spécifique possible, et chercher par l'examen minutieux du malade, par l'étude de ses commémoratifs, l'examen approfondi des accidents associés et l'enquête sérologique, si cette étiologie peut être admise. Dans les cas où elle s'imposait, le traitement a produit un changement extrêmement rapide et comme à vue, d'accidents qui, jusque-là, suivaient une marche progressive, et que les méthodes ordinaires de traitement n'arrivaient pas à arrêter.

II. — PHLÉBITES TRONCULAIRES PÉRIPHÉRIQUES.

La forme profonde n'est certainement pas la plus fréquente de celles que la syphilis provoque sur les veines des membres inférieurs. Il en est une autre, c'est la forme tronculaire périphérique. Elle débute par un cordon induré, douloureux, très facilement accessible à la palpation en raison de sa superficialité même. Tantôt, il s'agit d'un petit cordon rectiligne ou légèrement flexueux, tantôt d'un nodule plus ou moins large. Dans les deux cas, on ne tarde pas à voir se former autour du nodule ou du cordon, un empâtement, une cellulite,

qui élargit la lésion et ne tarde pas à noyer l'induration primitive.

La lésion ne reste pas stationnaire. On voit le cordon s'allonger progressivement, en même temps que s'étendent les infiltrats cellulitiques formés autour de lui.

La peau garde parfois sa coloration normale. Plus souvent, elle présente une teinte rouge brun qui va se dégradant par une teinte jaune à la périphérie, traduisant ainsi les suffusions hémorragiques qu'il est fréquent d'observer à un faible degré dans l'atmosphère de ces phlébites.

Il est des formes plus atténuées où l'inflammation est moins manifeste, et où le cordon veineux entouré de périphlébite est dessiné par des traînées gris jaunâtres.

Le siège d'élection de ces lésions est la face interne du genou au niveau du pli articulaire ; et il faut voir dans cette localisation l'action des traumatismes physiologiques auxquels la veine est incessamment soumise du fait des alternatives de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse.

Les lésions une fois constituées tendent à progresser. Elles s'étendent par continuité. Des poussées à distance sur d'autres veines primitivement non touchées agrandissent encore le champ de l'inflammation phlébitique. Des thromboses étendues viennent la compliquer. Sous cette forme, elle peut persister fort longtemps, créant chez les malades une véritable invalidité. Le cas qu'en rapporte notre maître et que nous n'avons pas fait figurer au chapitre de nos observa-

tions, illustrera d'une façon plus vivante que notre description ne saurait le faire, certains caractères de cette phlébite. C'est cette première observation qui a mis M. le Professeur Favre sur la voie de l'étude des phlébites tronculaires de la syphilis.

Il s'agissait d'un sujet auquel notre maître avait donné à diverses reprises des soins pour des affections légères, grippe, angine, bronchite. Ce malade est pris un jour d'une douleur à la face supéro-interne de la jambe droite, et dans les jours qui suivent il se forme un petit cordon douloureux nettement perceptible. La gêne fonctionnelle augmente au point que le malade doit bientôt garder le lit. On constate à ce moment l'existence d'un cordon phlébitique de 8 cm. de longueur environ, entouré d'une atmosphère de cellulite. La peau qui recouvre le cordon est d'un jaune rougeâtre ; lorsqu'on la déprime légèrement, la rougeur ne disparaît pas complètement, mais il reste une pigmentation jaune brunâtre manifeste. La phlébite s'est développée sur des veines légèrement dilatées.

Malgré le repos, la prescription d'une médication à action veineuse, malgré les traitements locaux : applications de sangsues, pansements chauds, aucune rétrocession ne s'observe. Bien au contraire, les lésions augmentent. Le cordon s'étend vers la cuisse, le mollet devient douloureux. Le cordon phlébitique primitif s'étend bientôt sur 15 cm. environ. Un foyer d'inflammation veineuse se manifeste à la face antéro-interne de la jambe, à sa partie moyenne, sous forme d'un placard saillant où la palpation montre une masse

ture, douloureuse, irrégulière, formée de veines enflammées.

Pendant plus de 4 mois la situation reste la même. Le malade doit garder le lit et s'impatiente en présence des diverses médications successivement mises en œuvre. Il s'informe des causes de cette phlébite qu'on lui dit être variqueuse, pour laquelle on recherche également une étiologie goutteuse qu'aucun commémoratif, qu'aucun accident associé ne permet d'affirmer, et qui d'ailleurs résiste aussi bien au régime qu'à l'usage des médications spécifiques de la goutte. Au cours d'une des visites que M. Favre fait à son malade pour tenter, à défaut d'autre chose, de lui faire prendre son mal en patience, le malade confesse qu'il a eu autrefois la syphilis pour laquelle il a fait un traitement de 3 ans par des cures intermittentes pilulaires. Le traitement antigoutteux ayant échoué, il demande à son médecin s'il ne pense pas qu'une relation possible pourrait exister entre la phlébite tenace et la syphilis ancienne. M. Favre lui répond qu'on n'a jamais établi un pareil rapprochement, que des phlébites semblables sont dites variqueuses, ce qui constitue d'ailleurs une explication bien insuffisante.

Etant donné que le malade n'a pas fait de traitement depuis très longtemps, et, qu'immobilisé, il n'a rien d'autre à faire que de se soigner, notre maître prescrit à son malade une cure mercure et iodure, convaincu que le traitement n'aurait aucune influence sur les manifestations veineuses du malade.

C'était le contraire que l'on devait observer.

Très rapidement après l'institution de la médica-

tion, après la prise d'iode à assez fortes doses (5 gr. par jour), et après quelques injections de cyanure, l'induration phlébitique qui, durant de longues semaines avait résisté à toute médication, ne tardait pas à se résoudre. Le premier symptôme d'amélioration fut la disparition de la douleur ; puis bientôt, l'empâtement et les signes locaux s'atténuaient parallèlement. Trois semaines plus tard, le malade, définitivement guéri, pouvait reprendre ses occupations.

Depuis lors, l'attention de M. le Professeur Favre ayant été attirée par un fait d'une aussi remarquable netteté, il a recherché le rôle possible de la syphilis dans de nombreux cas où des phlébites tronculaires surviennent sans cause chez des adultes, débutent par un cordon, par une inflammation veineuse externe très apparente, puis s'éternisent sur les membres inférieurs par extension de la première lésion et adjonction de foyers successifs. Souvent, les patients présentent sur les membres inférieurs des dilatations veineuses ; le plus habituellement ce sont de petits variqueux. Il n'est pas rare de leur voir présenter au tiers inférieur de la jambe des placards polychromes qui vont du violet aubergine à la teinte brun claire, et qui traduisent cette variété de lésions que M. le Professeur Favre a étudié dans la thèse aujourd'hui classique de son élève Chaix, l'angiodermite purpurique et pigmentée. Tantôt très manifeste, tantôt réduite, elle coexiste fréquemment avec les poussées phlébitiques que nous étudions dans notre court travail. Notre Maître a montré quelle est la part très importante que l'on doit attribuer à la syphilis dans l'étiologie de la dermite pig-

mentée et purpurique. Les phlébites qui lui sont associées ont la même signification. Les autres étiologies que l'on invoque d'ordinaire et que l'on trouve encore dans tous les livres, sont les unes d'une extrême banalité, tel le surmenage, les autres sont sans valeur, il en est ainsi de l'alcoolisme et particulièrement de la goutte. La question des phlébites goutteuses mérite d'être reprise. Chez aucun de nos malades, dont la plupart appartenaient à la clientèle hospitalière, le moindre soupçon de goutte ne pouvait être admis après examen. La phlébite goutteuse paraît bien être une de ces notions auxquelles un mémoire d'auteur a donné force de loi, et qui persistent sans être inquiétées dans les livres et les traités, et sans qu'on songe à leur demander de justification.

Diagnostic

Les formes tardives de syphilis veineuse sur lesquelles nous insistons n'ont pas en elles-mêmes de caractères qui permettent sans difficulté de les reconnaître. Elles ne s'imposent pas.

Nous n'étudierons pas ici le diagnostic de la phlébite elle-même ; il s'impose dans les formes périphériques tronculaires où l'induration apparaît sur un trajet veineux, où sa topographie, ses caractères, les phénomènes fonctionnels qu'il entraîne, constituent un ensemble de signes tellement caractéristiques qu'aucune discussion n'est possible.

Dans les formes profondes, on n'a plus pour se guider le cordon phlébitique induré ; mais la marche des accidents, l'impotence fonctionnelle, l'œdème, la douleur à l'exploration légère, sont autant de signes qui permettent facilement de reconnaître la phlébite.

Plus difficile est de reconnaître sa cause.

Dans les phlébites périphériques, celles qui s'annoncent par un petit cordon externe apparent et de constatation facile, il faudra toujours penser au rôle possible de la syphilis, surtout lorsque l'affection se sera développée sur des membres inférieurs présentant de l'angiodermite purpurique et pigmentée de M. Favre. Il faut, chez de tels malades, faire un examen complet de tout l'organisme, rechercher ces lésions associées dont notre Maître a montré la fréquence chez les porteurs d'angiodermite, lésions cardio-vasculaires, lésions nerveuses, lésions viscérales, pneumopathies chroniques, lésions hépatiques, lésions rénales. L'étude des commémoratifs, les réactions sérologiques seront d'un très grand intérêt. Mais il faut savoir que la réaction de Wassermann en particulier, se montre inconstante, et que la valeur reste entière d'un faisceau de preuves cliniques recueillies par l'examen systématique et complet des malades.

La forme profonde sans cordon périphérique appréciable est plus difficilement rattachable au premier abord à l'infection syphilitique. C'est, qu'en effet, une foule de causes, infectieuses en particulier, peuvent lui donner naissance, et que la syphilis ne vient ici qu'à un rang qu'il est difficile de préciser, mais qui, en tout cas, est relativement éloigné. Le plus souvent,

le diagnostic n'est fait, comme pour tant d'autres accidents de la syphilis, que par la constatation de stigmates évidents. C'est en particulier chez un malade dont nous rapportons l'observation, l'histoire très typique d'une affection ulcéreuse des bourses et des téguments de la racine de la cuisse, accompagnée d'une orchite indolore, fistulisée à la partie antérieure des bourses, et ayant entraîné une atrophie testiculaire. La syphilis, soupçonnée chez ce malade par la clinique, confirmée par l'examen sérologique, s'avérait bien la cause de la phlébite, puisque le traitement la faisait disparaître avec une très grande rapidité.

Traitement

Nous avons, au cours de ces pages, abordé la question du traitement. Les phlébites syphilitiques posent-elles à elles seules des indications thérapeutiques spéciales ? Il n'en est rien. Cependant cette affirmation mérite quelques restrictions.

Dans les phlébites accompagnées d'infiltration, de cellulite, la pratique de notre Maître est d'instituer, si l'examen viscéral ne le contrindique pas, un traitement mixte par l'iodure à bonnes doses et par le mercure. On pourra user de sirop de Gibert renforcé en iodure par exemple, ou associer à l'iodure des injections de cyanure. La médication iodurée est dans ce cas particulièrement indiquée par suite de son action

sur les exsudats inflammatoires et les infiltrations du tissu conjonctif.

Dès que l'effet sédatif aura été obtenu, d'autres médications auront à intervenir. Leur choix en sera fixé par l'état du malade, l'ancienneté de son affection, l'examen minutieux de ses viscères, les données fournies par l'examen sérologique. On comprend que nous ne donnions pas ici d'autres détails, l'institution du traitement restant une question individuelle. De toute façon, il faudra avertir ces malades du retour possible des poussées phlébitiques, et leur recommander de faire chaque année des cures plus ou moins prolongées dont la mieux indiquée nous paraît être la cure iodo-hydrargirique.

Notre thèse n'est qu'un travail d'attente auquel nous aurions voulu consacrer plus de temps. Une foule d'observations recueillies dans le service de notre Maître n'ont pas été utilisées parce que nous n'avons pas eu le loisir de les rechercher. Mais nous voudrions comme conclusion de ce travail, faire partager aux autres notre conviction du rôle de l'infection syphilitique dans le déterminisme de certaines phlébites. Le terme de phlébite variqueuse en particulier doit disparaître. Il ne correspond, à l'analyse, à aucune notion précise. Nous en dirions volontiers autant du diagnostic de phlébite goutteuse, trop facilement accepté sans preuve.

La syphilis joue certainement un rôle dans la production des phlébites chroniques, et tout particulièrement de la phlébite périphérique tronculaire, pour

lesquelles jusqu'ici la clinique usuelle n'a eu que le qualificatif imprécis, parfaitement vague, de phlébite variqueuse.

Ce n'est pas une thèse de pure théorie que nous faisons ici. Les notions dont nous nous sommes fait l'interprète ont dans la pratique les répercussions les plus heureuses. Lorsqu'on aura constaté comme nous, ainsi que le signalent les observations que nous rapportons, la marche chronique de poussées phlébitiques dites variqueuses, lorsqu'on aura épuisé l'action de toutes les médications classiques sans que la marche de la maladie ait été influencée, on ne pourra méconnaître l'intérêt d'une notion étiologique dont l'intervention changera en quelques jours la face des choses, arrêtera les progrès de l'inflammation phlébitique, calmera les douleurs, résoudra les infiltrats, et amènera la guérison des malades.

Conclusions

I. — Depuis quelques années, nos connaissances des déterminations de la syphilis sur les veines se sont enrichies de très subtiles constatations. La grande maladie vasculaire, si elle atteint fréquemment les artères, touche, nous le savons aujourd'hui, très souvent les veines ; et à Lyon tout particulièrement, MM. Nicolas et Favre ont montré tout l'intérêt qui s'attache en pathologie à l'étude des phlébites syphilitiques. Les déterminations de cette maladie sur les veines périphériques sont bien connues en ce qui concerne les phlébités précoces dont les symptômes et l'évolution ont été fixés par des travaux qui laissent peu de choses à ajouter à ce sujet. Il n'en est pas de même des phlébites tardives ; nous ne les appelons pas tertiaires, le mot tardives nous paraissant préférable. On trouve sur elles peu de travaux. Leur symptomatologie est mal connue. On ne sait pas quand il faut les soupçonner. Notre travail, que nous aurions voulu creuser davantage, apporte une contribution à l'étude de ces phlébites tardives des membres.

II. — L'étude de nos observations nous permet de dire d'une part que la phlébite syphilitique tardive est loin d'être aussi rare qu'il est classique de le dire, d'autre part qu'elle se localise de préférence sur les veines des membres inférieurs, principalement sur les veines périphériques, plus rarement sur les veines profondes.

III. — La symptomatologie de cette phlébite spécifique présente quelques particularités susceptibles de la différencier d'une phlébite d'une autre nature, lorsqu'elle s'attaque aux veines périphériques. En effet, dans ce cas, les veines touchées sont la plupart du temps déjà antérieurement dilatées, les malades sont des variqueux. Très souvent cette phlébite est associée à d'autres lésions telle l'angiodermite purpurique et pigmentée dont le Professeur Favre a montré la nature fréquemment syphilitique. C'est surtout dans le groupe des phlébites tronculaires à cordon nettement perceptible, à inflammation d'abord localisée, avec périphlébite, qu'il faudra rechercher l'une des formes de phlébite syphilitique sur laquelle notre thèse attire l'attention, la phlébite syphilitique de type pseudo-variqueux. Ce type de phlébite est commun, le mot variqueux par lequel on le qualifie est vague, extrêmement imprécis et sans valeur explicative.

IV. — Dans le type de phlébite profonde, plus rare, le tableau symptomatique ressemble en tous points à

d'autres variétés de phlébites infectieuses communes. Dans ces cas, c'est par l'extérieur de l'affection et en dehors d'elle que le diagnostic peut être soupçonné. La coexistence de stigmates nets de syphilis et l'épreuve du traitement le confirmeront.

V. — Les notions que nous apportons tendent à montrer que les phlébites tardives sont plus fréquentes qu'il est classique de le dire, et qu'en dehors même du type de phlébite dite variqueuse, la discussion d'une étiologie syphilitique pourra être très utilement posée en face d'une phlébite chronique d'étiologie imprécise. Il y a tout intérêt à admettre l'infection syphilitique dans cette discussion, étant donnés les remarquables résultats que le traitement permet d'obtenir.

VI. — Le traitement antisiphilitique est remarquable par son efficacité et la rapidité de son action. Et telle phlébite qui suivait une marche progressive et irrémédiable à première vue, tourne court peu après l'application du traitement. Rien n'est plus difficile, ainsi que l'enseigne notre Maître, le Professeur Favre, que de codifier étroitement ce traitement. La thérapeutique à suivre doit s'inspirer de l'examen complet du malade, de l'état de ses viscères et particulièrement de ses émonctoires, et de sa tolérance aux diverses médications.

Il est cependant utile de signaler l'action tout à fait remarquable de la vieille médication iodo-hydrargirique dans le type de phlébite que nous qualifions de

type pseudo-variqueux. Cette médication se montre très active contre les douleurs et contre les exsudats inflammatoires qui engainent le cordon veineux et empâtent le tissu cellulaire voisin.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, FAVRE.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 19 Novembre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- 1861 GIRWOOD. — *On three cases of phlebitis occurring in patients affected with syphilitic poison.*
- 1873 GREENHOW. — *Transactions of the clinical society of London.*
- 1873 GOSSELIN. — *Clinique de la Charité*, tome II.
- 1879 CORNIL. — *Leçons sur la syphilis.*
- 1882 GAYRAUD. — *Société Médicale de Montpellier.*
- 1882 WRATSCH. — *Saint-Pétersbourg. Conférences faites à l'hôpital militaire de Kief*
- 1888 HUTCHINSON. — *Syphilis*, Leipzig.
- 1889 THIEBERGE. — *Gazette des hôpitaux.*
- 1889 LANCEREAUX. — *Anatomie pathologique*
- 1889 BREDÀ. — *Revista teneta di scienze medical.*
- 1890 VAQUEZ. — *Thèse de Paris.*
- 1890 MAURIAC (Ch.). — *Leçons sur les maladies vénériennes. Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, pages 832-834.
- 1891 CHAVOT. — *Revue de chirurgie.*
- 1892 CAUTRU. — *France médicale.*
- 1892 HANDFORD. — *Société anglaise. In bulletin med.*
- 1893 SOTTAS. — *Société de biologie.*

- 1894 MENDEL. — Phlébite syphilitique. *Archives générales de médecine*, mars.
- 1894 BIRSCH-HIRSCHFELD. — *Anatomie pathologique*. Leipzig.
- 1896 RICHARD D'AULNAY. — *Annales de dermatologie*.
- 1897 CHRÉTIEN. — *Journal des connaissances médicales*.
- 1898 HEUZARD. — Phlébite syphilitique. *Thèse de Paris*.
- 1898 FOURNIER. — *Traité de la syphilis*. Tome I, fascicule 2, page 705.
- 1898 PROKSCH. — *Sur la syphilis des veines*. Bonn.
- 1898 FOURNIER et LÖPER. — *Société de dermatologie*.
- 1899 JULIEN. — *Traité des maladies vénériennes*.
- 1899 BONDESIO. — Phlébite des membres dans la syphilis secondaire. *Thèse de Paris*.
- 1899 LE NOIR. — *Congrès de Boulogne-sur-Mer*.
- 1900 COLLINOT. — *Thèse de Paris*. Manifestations veineuses au cours de la syphilis secondaire.
- 1901 VAQUEZ. — Article dans le *Traité de la syphilis* de Fournier, Tome II, fascicule I, pages 890-898.
- 1902 ANDRY et CONSTANTIN. — *Société de dermatologie*, 12 juin.
- 1902 OETTINGER. — *La semaine médicale*, 12 février.
- 1902 CAMPBELL. — *Société médicale des hôpitaux*, 21 novembre.

- 1903 RENAULT et ROUSSY. — *Société médicale des hôpitaux*, 23 janvier.
- 1903 GAUCHER et CHIRAY. — *Société médicale des hôpitaux*, 30 janvier.
- 1903 ROUSSY. — Rapport dans *la Gazette des hôpitaux*, 5 septembre.
- 1905 DARRIER et CIVATTE. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*.
- 1906 DIEULAFOY. — *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 5^e volume, page 267.
- 1906 NOTTAM, LARRIER et BRINDEAU. — Présence du spirocheta pallida dans le placenta syphilitique. *Compte-rendu de la Société de biologie*, 27 janvier.
- 1906 BROUARDEL et GILBERT. — *Maladies des veines et lymphatiques*, pages 55 et 56.
- 1906 HOFFMANN. — Lésions des veines dans la période secondaire de la syphilis. *Annales de dermatologie et syphiligraphie. Archiv. f. dermatol u syphilis*. T. LXXII, pages 39 et 244.
- 1911 DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne. *Phlébite syphilitique*, pages 971-978.
- HALLOPEAU et FOUQUET. — *Traité de la syphilis*, pages 262-265.
- 1921 SERGENT. — *Syphilis*, tome I, pages 381-383.
- 1926 LAFOURCADE L. — Un cas de phlébite syphilitique subaiguë survenue au cours d'une blennorragie. *Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie*. Paris, XXXIII, pages 24-26.

- 1927 MAMILLE L. — Phlébite chronique et syphilis.
Revue de technique médicale n° 52, mars.
- 1927 ETIENNE G., GERBAULT P. et GIRARD. — Phlébite syphilitique sous forme phlegmatia alba dolens. *Bull. Soc. de dermato et syphilis*, 8 juillet, page 696.
- 1927 TORLAIS. — Un cas de phlébite syphilitique secondaire. *Gazette médicale*, Paris, 15 juin.
- 1928 MORROW. — Les phlébites aiguës syphilitiques. *Archives de dermatologie et syphiligraphie*. Chicago, mars.
- 1928 SANTIAGO-GREZZI. — Las flebitis sifiliticas, en la *Revista medico latino-americana*, ano XIV, dec. n° 159, page 241.
-

TABLE DES MATIÈRES

<i>Avant-Propos</i>	7
<i>Introduction</i>	9
<i>Chapitre I^{er}. — Historique</i>	13
<i>Chapitre II. — La phlébite syphilitique tardive</i>	17
<i>Chapitre III. — Observations</i>	23
<i>Chapitre IV. — Etude clinique de la phlébite tardive syphilitique</i>	37
<i>Conclusions</i>	53
<i>Bibliographie</i>	57



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



